

Aufnahmeantrag



B. BRAUN | AESCULAP

Ich möchte zum Mitglied werden.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Geschlecht m w d

Nachname	Vorname	Geburtsdatum und -ort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	Rentenversicherungsnummer	Steueridentifikationsnummer
Telefon, privat/dienstlich (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)	IBAN (freiwillig)

VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Name meiner jetzigen Krankenkasse	Ich bin dort versichert seit	Versichertennummer, siehe Gesundheitskarte
Ich habe meine jetzige Krankenkasse bereits gekündigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Die Kündigungsbestätigung dieser Krankenkasse <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	Name der Krankenkasse meines Ehepartners
<input type="checkbox"/> Bitte kontaktieren Sie mich, um mir bei der Kündigung behilflich zu sein.		
Ich bin dort wie folgt versichert (Angabe für die vergangenen 18 Monate)	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied	<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert
Mein Versicherten-Status <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Freiwilliges Soziales Jahr	<input type="checkbox"/> Perspektive Plus <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> arbeitslos
Ich beziehe Rente/Versorgungsbezüge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Bescheide beifügen)	Ich habe Kinder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ich befinde mich in Elternzeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich möchte Angehörige (Ehepartner, Kinder) beitragsfrei familienversichern		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Rückseite ausfüllen)

MEIN ARBEITGEBER

Name meines Arbeitgebers	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer (freiwillig)	Ansprechpartner Personalabteilung (freiwillig)	Ich bin beschäftigt seit

Ich möchte das Mitglieder magazin INFO künftig digital lesen und werde über die Verfügbarkeit jeweils per E-Mail informiert.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift neues Mitglied

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Die Erhebungen erfolgen aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches zur Durchführung der Mitgliedschaft (§§ 284, 288 SGB V; §§ 94, 99 SGB XI). Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die freiwillig gemachten Angaben können jederzeit widerrufen werden, dazu genügt eine formlose Nachricht an die BKK B. Braun Aesculap.

MITGLIEDER WERBEN MITGLIEDER

Ich bin bereits bei der BKK B. Braun Aesculap versichert und habe das oben genannte Mitglied geworben. Das neue Mitglied ist mit der Empfehlung einverstanden.

Nachname, Vorname	Bankinstitut
Straße, Hausnummer	IBAN
PLZ, Ort	Telefonnummer für evtl. Rückfragen (freiwillig)
	Unterschrift werbendes Mitglied

Bitte senden Sie Ihre Unterlagen an uns zurück: BKK B. Braun Aesculap, Grüne Straße 1, 34212 Melsungen

